

Freie Zahnärzte Westfalen-Lippe

c/ Dr. Joachim Steinbrink, Thomas-Borchwede-Weg 22 – 59494 Soest

Telefon 02547/7626 – Email: fj.wilde@web.de – Web: freiezahnaerzte-wl.de

Freie Zahnärzte WL

FAX.: 02547 9399040

c/o Dr. Franz-Josef Wilde

von-Alpen-Str. 8

48720 Rosendahl

Antrag auf Mitgliedschaft bei den Freien Zahnärzten Westfalen-Lippe

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei den Freien Zahnärzten Westfalen-Lippe.

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Adresse _____

Straße – Nummer _____

PLZ – Ort _____

Telefon _____

Emailadresse _____

Ich bin Student Ich bin niedergelassener Zahnarzt Rentner bitte ankreuzen

Der Vereinsbeitrag beträgt pro Jahr für Studenten 20 €, für approbierte Zahnärzte 85 € .
Mit der Zusendung von E-Mails und Infoschreiben der FVWL an meine Adresse bin ich einverstanden. Ebenfalls erhalte ich die Vereinssatzung per e-mail vorab und erkenne diese an.

Datum _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Hiermit beauftrage ich den Verein „Freie Zahnärzte Westfalen Lippe e.V.“ , von meinem Konto den Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf jährlich einzuziehen.

Name Kontoinhaber _____

Name der Bank _____

Kontonummer (IBAN) _____

Bankleitzahl (BIC) _____

Datum _____ Unterschrift _____